

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° — 42

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LOUIS RENAUD

Né à Versailles le 16 mars 1889

DE LA RÉACTIVATION BIOLOGIQUE

DE LA

RÉACTION DE WASSERMANN

DANS LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Président : M. WIDAL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vr°)

1912

42

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LOUIS RENAUD

Né à Versailles le 16 mars 1889

DE LA RÉACTIVATION BIOLOGIQUE

DE LA

RÉACTION DE WASSERMANN

DANS LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE



Président : M. WIDAL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (v^r)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THIOTNOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLEI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DELAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LEHÉ	RETTIERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FERNAND WIDAL

Professeur de pathologie interne
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous prodigua son enseignement et ses conseils et montra toujours à notre égard la plus grande bienveillance.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

Chirurgien des Hôpitaux

(In memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE

Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR QUEYRAT

Médecin de l'Hôpital Ricord

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ PETIT

Médecin de l'Hôtel-Dieu

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JALAGUIER

Chirurgien de l'Hospice des Enfants-Assistés

MONSIEUR LE DOCTEUR TISSIER

Accoucheur de l'Hôpital de la Charité

MONSIEUR LE DOCTEUR BRUHL

Médecin de l'Hôpital Bichat

MONSIEUR LE DOCTEUR PISSAVY

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUJARD

Chef du service de Radiologie de l'Hôpital Bichat

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOLBEAU

Chef du service d'Ophtalmologie à l'Hospice des Enfants-Assistés

DE LA RÉACTIVATION BIOLOGIQUE
DE LA
RÉACTION DE WASSERMANN
DANS LA
SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

INTRODUCTION

Parmi les maux innombrables qu'entraîne la syphilis, la transmission héréditaire doit être mise au premier rang. De toutes les maladies, la syphilis est celle qui cause le plus d'avortements et tue le plus d'enfants en bas âge ; elle est un des facteurs les plus importants de la dépopulation. Non seulement la syphilis héréditaire met la vie des nouveau-nés en danger et transforme ceux-ci en une source de contagion pour leur entourage, mais elle les guette de ses manifestations pendant toute leur croissance et leur adolescence même, et, non contente d'exercer ses ravages sur ces enfants tarés, elle peut les atteindre jusque dans leur propre descendance.

C'est qu'en dehors de la *syphilis héréditaire précoce*, dont les accidents se manifestent dès la naissance ou dans les premiers mois, il existe une *syphilis héréditaire tardive*, dont les manifes-

tations surviennent dans la seconde enfance, l'adolescence ou l'âge adulte. Souvent l'enfant n'a pas présenté d'accidents à la naissance, ou ces accidents sont passés inaperçus, et ce calme diathésique, qui se prolongera pendant la première et la seconde enfance, sera subitement interrompu vers l'adolescence ou l'âge adulte par un tertiarisme inattendu.

D'après E. Fournier, la syphilis héréditaire se manifeste suivant deux modalités, tantôt associées, tantôt indépendantes l'une de l'autre :

1° *L'hérédité syphilitique*, proprement dite, consistant dans la transmission de la syphilis *en nature*, en substance de l'ascendant au descendant ;

2° *L'hérédité parasymphilitique, dystrophique, toxique*, consistant dans la transmission de l'ascendant au descendant de divers caractères pathologiques, n'ayant rien de syphilitique en soi et consistant soit en des infériorités natives de constitution, de tempérament, de résistance vitale, soit en des retards, des arrêts, des imperfections, voire des déviations de développement physique ou intellectuel, soit en des malformations organiques, soit même en des monstruosité.

La connaissance de ces stigmates dystrophiques est d'une grosse importance pour le diagnostic de la syphilis héréditaire tardive. En dehors des caractères de la lésion, des renseignements recueillis dans les antécédents personnels et familiaux du sujet, et des stigmates acquis, reliquats d'accidents syphilitiques antérieurs, la clinique utilise avec profit les

stigmates natifs ou *dystrophiques*, procédant de l'hérédité ; et bien souvent ces stigmates constituent à eux seuls les éléments d'où procède le diagnostic. Mais ces stigmates peuvent faire défaut, et s'il en est qui ont une importance capitale, d'autres n'ont aucune valeur spécifique et peuvent être retrouvés dans d'autres affections. Comment peut-on, dans ce cas, rattacher à la syphilis héréditaire tardive des symptômes et des lésions laissés souvent sans étiologie ? Comment peut-on instituer sans retard un traitement efficace, le traitement spécifique ? Pour cela, le laboratoire doit venir en aide à la clinique.

Après avoir rapidement montré les bases de la méthode de Wassermann et sa valeur séméiologique, nous décrirons ce qu'on entend par *réactivation biologique de la réaction de Wassermann* ; puis nous exposerons les résultats fournis aux auteurs par le séro-diagnostic dans la syphilis héréditaire précoce et tardive, et nous montrerons, avec l'appui d'observations, combien la méthode de la réactivation biologique augmente la valeur séméiologique de la réaction de Wassermann dans le diagnostic de la syphilis héréditaire tardive et dystrophique.

Qu'il nous soit permis d'adresser ici nos plus vifs remerciements à M. Girauld, chef de laboratoire à l'hôpital de la Charité, pour sa précieuse collaboration.

CHÂPITRE PREMIER

PRINCIPE ET VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

DE LA RÉACTION DE WASSERMANN

Avant d'exposer les résultats fournis par le séro-diagnostic dans la syphilis héréditaire, nous croyons nécessaire, sans entrer dans les détails techniques, de rappeler brièvement les bases de la réaction de Wassermann.

Nous citerons pour mémoire les expériences de Pfeiffer et de Max Grüber, qui montrèrent que, grâce à des modifications humorales, l'organisme devient apte à lutter contre les agents microbiens.

Bordet, faisant à un lapin plusieurs injections intra-péritonéales d'une petite dose de globules rouges de mouton, constata que le sérum de lapin devenait capable d'agglutiner, puis de détruire les globules rouges de mouton ; le sérum de lapin était devenu hémolytique antimouton. Il montra ainsi que le sérum des animaux préparés avec les globules d'une espèce étrangère acquiert des propriétés hémolytiques pour les globules de cette espèce, c'est-à-dire que ce sérum met en liberté les éléments constitutifs du globule et en particulier l'hémoglobine, qui

va diffuser dans le liquide et lui donner une couleur rouge vif.

A un point de vue plus général, l'introduction de globules rouges d'une espèce animale donnée, agissant comme *antigène*, dans l'organisme d'un autre animal, provoque la production de substances antagonistes, *anticorps* spécifiques, qui hémolysent ces globules.

Ce sérum de lapin hémolytique autimouton, chauffé à 55 degrés, ne peut plus détruire les globules rouges du mouton ; il est *inactivé* ; mais il suffit de lui ajouter un sérum frais et neuf quelconque pour que de nouveau il hémolyse les globules rouges du mouton. Ses propriétés hémolytiques n'avaient donc pas complètement disparu ; d'autre part, le sérum neuf qu'on lui a ajouté n'étant pas hémolytique par lui-même, on en conclut qu'il contient une substance, un *complément*, destructible par la chaleur, qui est venu réactiver l'*hémolysine*, toujours existante dans le sérum chauffé.

Que, maintenant, après les avoir lavés à l'eau physiologique, on reprenne les globules du mouton, qui étaient au contact avec le sérum hémolytique chauffé, c'est-à-dire inactivé et qu'on les mette en présence d'un sérum neuf, l'hémolyse se produit ; ces globules ont donc fixé l'hémolysine et, sous l'action du sérum frais, ils ont été sensibilisés, d'où le nom de *sensibilisatrice*, donné par Bordet à cette substance qui disparaît à une température de 85 degrés.

Ainsi, dans tout sérum hémolytique, se trouvent deux substances, qui combinent leur action :

1° Sensibilisatrice (ambocepteur, fixateur, anti-corps) spécifique, c'est-à-dire n'ayant d'action que sur l'antigène employé et détruite au-dessus de 80 degrés.

2° Complément (alexine ou cytase) se trouvant dans tous les sérums en quantité variable et détruit à 55 degrés comme les ferments.

Le complément ne se fixe sur l'antigène que s'il a comme intermédiaire une sensibilisatrice spécifique. La sensibilisatrice est-elle absente ? Le complément restera en liberté dans le milieu. Au contraire, on peut dépouiller un sérum neuf de son complément, au moyen de globules ou de bactéries sensibilisés. La méthode de « déviation du complément » de Bordet et Gengou est basée sur cette propriété qu'à le complément d'être absorbé par une première sensibilisatrice fixée.

Tels sont les faits fondamentaux, sur lesquels repose la méthode du séro-diagnostic.

M. Widal, qui, l'un des premiers, montra tout le parti que la clinique peut tirer du laboratoire, utilisa cette méthode pour le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde et, avec Le Sourd, il montra la présence dans le sérum des typhiques d'une sensibilisatrice spécifique.

La découverte, en 1905, par Schaudinn du spirochæte pallida au tréponème pâle amena Wassermann avec la collaboration de Neisser et Brucke, à recher-

cher la présence d'anticorps spécifiques dans le sérum des syphilitiques et à utiliser cette méthode dans le diagnostic de la syphilis.

On met en présence un antigène déterminé, le sérum d'un individu, dans lequel on recherche la proportion d'anticorps correspondant à cet antigène et un complément. Il s'agit de savoir si, dans ce mélange, le complément reste libre ou au contraire est dévié ou fixé par la combinaison de l'anticorps et de l'antigène ; si le complément reste libre, l'anticorps, intermédiaire nécessaire, était absent ; au contraire, si le complément est dévié, l'anticorps était présent.

Le séro-diagnostic revient donc à mettre en présence : un antigène, un sérum suspect et un complément quelconque. On vérifie en ajoutant du sérum hémolytique chauffé à 55 degrés, c'est-à-dire privé de son complément, et des globules pour lesquels il a été préparé. Si l'hémolyse se produit, le complément était présent et n'avait pas été fixé ; le sérum examiné ne contenait pas d'anticorps correspondant à l'antigène employé, c'est-à-dire que le malade n'avait pas la maladie correspondant à cet antigène. Dans le cas contraire, il n'y a pas d'hémolyse, le complément avait été dévié ; le sérum examiné contenait des anticorps, c'est-à-dire que le malade est atteint de l'affection correspondant à l'antigène employé.

En utilisant comme antigène de l'extrait de foie hérédosyphilitique, riche en spirochètes, Was-

sermann créa le séro-diagnostic de la syphilis.

Cette méthode n'est pas à l'abri de certaines critiques en ce qui concerne le mécanisme intime du phénomène de Wassermann. Ce qui nous intéresse, ce sont les résultats donnés par cette méthode, c'est sa valeur pratique.

« Dans l'ensemble, écrit le professeur Gaucher, la réaction de Wassermann nous a donné une proportion de 90 o/o de résultats exacts, ce qui suffit à démontrer sa réelle valeur. »

Joltrain, dans une étude sur la valeur sémiologique de la réaction de Wassermann, arrive à peu près aux mêmes chiffres. Tout récemment, M. Letulle, étudiant la réaction de Wassermann au cours des cirrhoses et des néphrites chroniques, donne les résultats suivants : sur 46 cas de néphrite chronique, 34 réactions négatives, 12 positives ; sur 18 cas d'hépatite chronique, 11 réactions négatives, 7 positives et il conclut : « Que la réaction de Wassermann se soit, entre nos mains, montrée vingt-deux fois positive sur 22 cas de chancres, de roséole, ou de plaques muqueuses, trente fois positive sur 38 cas de lésions syphilitiques tertiaires de la peau, des muqueuses, de l'œil, des articulations ou des os, que 9 paralytiques généraux sur 9, que 6 anévrysma-tiques sur 7 aient positivement réagi, la chose est trop naturelle pour qu'il soit en effet besoin d'y insister. Mais les méfaits cachés du tréponème de Schaudinn dépassent ses méfaits avérés : et il semble que la syphilis soit directement ou indirectement

responsable de maintes affections chroniques plus ou moins incurables. »

En dehors des cas de lèpre, de scarlatine ou de paludisme, de trypanosomiasés, où la réaction peut se montrer positive, sa valeur est absolue. Cependant on constate parfois, au cours d'une syphilis avérée, une réaction négative, fugace ou partielle. Ces réactions latentes, fréquentes dans la syphilis tertiaire et héréditaire, peuvent être mises en évidence par le traitement ; c'est là le phénomène de la *réactivation biologique* de la réaction de Wassermann, que nous allons exposer avant de l'étudier plus spécialement dans la syphilis héréditaire.

CHAPITRE II

RÉACTIVATION BIOLOGIQUE

DE LA RÉACTION DE WASSERMANN

La valeur incontestée de la réaction de Wassermann s'est trouvée augmentée du fait que, chez un syphilitique à Wassermann négatif ou faible, un traitement spécifique peut faire apparaître la réaction.

Le mérite d'avoir mis en évidence ce phénomène d'ordre général revient à M. Milian, qui l'expose, en décembre 1910, dans une communication à la Société de Dermatologie : « Il y a deux moyens, dit-il, de rendre positive une réaction négative ; *in vitro*, en ajoutant du sulfate de baryte au sérum, *in vivo*, par le traitement spécifique. En octobre 1911, M. Bar, dans une communication à l'Académie de médecine, sur les résultats donnés par le salvarsan à la clinique Tarnier, chez les femmes enceintes, entrevoit le phénomène : « La recherche de la réaction de Wassermann, dit-il, fut pratiquée à intervalles réguliers. Nous avons observé généralement de dix à vingt jours après l'injection, un accroissement sensible dans l'intensité de la réaction ; puis, après cet accroissement passager, la réaction est devenue moins marquée ; dans quelques cas, nous avons finalement

observé la disparition de tout empêchement à l'hémolyse. En 1911, M. Milian fait plusieurs communications à la Société française de dermatologie sur ce phénomène, et le désigne sous le nom *réactivation biologique de la réaction de Wassermann*.

Enfin, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, en décembre 1911, MM. Milian et Girauld font une étude détaillée de la réactivation biologique. Ayant pratiqué jusqu'à cette date 2.600 réactions de Wassermann, s'adressant à 700 sujets, ils extraient 618 réactions, se rapportant à 150 individus, chez qui le séro-diagnostic était négatif et chez lesquels la réactivation fut tentée. Leurs résultats furent les suivants :

La réaction partielle ou totale, obtenue par une injection intra-veineuse de « 606 », peut apparaître du deuxième au vingt-cinquième jour, après l'injection, mais avec un maximum de fréquence, avant le onzième jour à la période secondaire, vers le quinzième à la période tertiaire. La réactivation peut être obtenue également avec le mercure ou d'autres produits arsenicaux, tels que l'hectine ; mais l'épreuve, en pareil cas, est moins décisive, car des sujets à Wassermann négatif après et en cours de traitement mercuriel, peuvent être réactivés par une injection intraveineuse de « 606 ». Enfin la réactivation biologique de la réaction de Wassermann est spécifique, car on ne l'obtient pas dans d'autres maladies : sporotrichose, cancer, kyste hydatique, même après le traitement par le spécifique approprié comme l'iodure de potassium pour la sporotrichose.

MM. Nicolas et Charlet de Lyon, étudiant les modifications apportées à la réaction de Wassermann par les différentes thérapeutiques antisyphilitiques, eurent l'occasion d'étudier l'existence de la réactivation biologique ; tandis que Milian obtenait 57 o/o de cas positifs dans la syphilis secondaire et 50 o/o dans la syphilis tertiaire, leurs pourcentages, portant sur une statistique réduite, furent bien moindres, mais ils n'eurent pas de divergence au sujet de la spécificité de cette apparition de la réaction.

Quelle explication peut-on donner de ce phénomène ? La réaction de Wassermann, comme on l'a vu, met en évidence non pas les produits syphilitiques, mais les anticorps de l'organisme. Or, expérimentalement, on peut produire des anticorps en injectant à un animal des bacilles morts ; c'est ce qui se passe dans la sérothérapie antidiphthérique, où les anticorps apparaissent dans le sérum au douzième jour. Le salvarsan, tuant les spirochètes, met en liberté des substances bactériennes, qui provoquent une production active d'anticorps ; lorsque l'on injecte du 606, c'est donc exactement comme si l'on injectait des bacilles morts.

Le nombre des réactions négatives au cours des accidents syphilitiques évalué à 20 o/o sans l'épreuve préalable, tombe après celle-ci à 5 o/o et ce fait renforce considérablement la valeur diagnostique de la réaction de Wassermann.

« Je voyais, dit Milian, un jeune homme de vingt-cinq ans, bien constitué, qui venait d'avoir, pour la

première fois de sa vie, deux attaques d'épilepsie en un mois ; il ne présentait aucun stigmat de syphilis héréditaire, mais le père avait eu la syphilis ; la ponction lombaire ne révélait aucune lymphocytose, la réaction de Wassermann était négative, mais devint positive douze jours après une injection de 606. »

Cet exemple, qui montre la latence de la syphilis et de la réaction de Wassermann chez certains individus, nous donna l'idée d'étudier la « réactivation biologique » dans la syphilis héréditaire tardive, où cette latence est si fréquente, et de rechercher les avantages que l'on peut tirer de cette méthode pour le diagnostic.

CHAPITRE III

RÉACTION DE WASSERMANN

DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

Les manifestations de la syphilis héréditaire précoce peuvent être tout à fait contemporaines de la naissance, comme le pemphigus ; d'autres apparaissent quelques jours, quelques semaines plus tard, parfois même plusieurs mois après.

Bien que nous nous soyons limité à l'étude de la syphilis héréditaire tardive, il est intéressant de résumer ici les résultats obtenus par MM. Bar et Daunay dans leurs recherches faites à la clinique Tarnier :

Il y a généralement concordance entre la réaction observée avec le sérum des enfants et celui des mères, lorsque celles-ci sont syphilitiques florides, et quand leur sérum, au moment de l'accouchement, donne une réaction franchement positive ; et des femmes syphilitiques florides donnant une réaction de Wassermann positive, peuvent mettre au monde des enfants ne présentant, au moment de leur naissance, aucun signe clinique de spécificité, et donnant cependant une

réaction de Wassermann ou franchement positive ou partielle.

Des femmes syphilitiques ne présentant pas d'accidents en évolution, donnant une réaction de Wassermann négative, peuvent mettre au monde des enfants ne présentant, au moment de leur naissance, aucun signe clinique de spécificité et donnant cependant une réaction de Wassermann positive.

Des femmes, simplement suspectes de syphilis, donnant une réaction de Wassermann franchement positive, peuvent mettre au monde des enfants à réaction très positive et gravement atteints de syphilis.

Des femmes suspectes de syphilis, donnant une réaction négative, peuvent mettre au monde des enfants qui sont syphilitiques florides.

Ce sont quelques-unes des conclusions extraites d'un travail récent de Daunây.

A la suite de l'étude de la réaction de Wassermann chez l'enfant et chez la mère, plusieurs auteurs, Bab, Robert Stern, Fritz Heimann, pensèrent pouvoir reviser les lois de Colles et de Profeta. Pour eux, la mère est toujours la source de contagion, elle est toujours syphilitique et c'est elle qui contamine l'enfant par l'ovule ou par l'intermédiaire du placenta.

Que dit la loi de Colles ? *L'enfant procréé syphilitique par son père n'infecte jamais la mère saine en apparence.* Mais actuellement on n'affirme pas qu'elle soit immunisée. Des constatations certaines nous prouvent qu'il est plus vraisemblable de

penser qu'elle est en réalité atteinte de syphilis latente et larvée.

La réciproque se traduit par la loi de Profeta : *Un enfant sain né d'une femme syphilitique ne peut pas être contagionné, ni par l'allaitement, ni par les baisers de sa mère.* Y a-t-il encore là immunisation ? Aujourd'hui on interprète le fait en admettant que, si l'enfant ne contracte par la syphilis, c'est qu'il doit l'avoir, mais d'une façon atténuée.

Ces lois, ainsi élargies, peuvent-elles être renversées par l'étude de la réaction de Wassermann ?

Daunay, étudiant la question en ce qui concerne la loi de Colles, obtient les résultats suivants sur des femmes suspectes ayant donné naissance à des enfants nettement syphilitiques (macérés ou avec gros foie, spirilles) : sur 7 femmes, 2 réactions positives, 2 douteuses, 2 négatives. « La simple constatation d'un résultat positif, dit-il, ne peut évidemment autoriser à admettre que ce sujet contient un antigène, car il peut s'agir de phénomènes d'immunisation passive, bien que l'on conteste que les anticorps puissent passer du fœtus à la mère. » Parmi les deux cas négatifs, nous extrayons le suivant :

OBS. CXXX. — Femme L..., III-pare, première grossesse en 1908, accouchement à terme d'un enfant mort depuis dix jours ; deuxième grossesse en 1910, accouchement à sept mois et demi d'un enfant mort depuis sept jours ; troisième grossesse actuelle. Dernières règles le 21 avril

1911. On ne trouve aucune trace de spécificité, pas de pigmentation, pas de cicatrice.

14 décembre. — *Traitement*. — Injection intra-veineuse de 0 gr. 20 de salvarsan.

Sérum, 8 décembre, négative; 14 décembre (immédiatement avant l'injection) + 1,2(2); 25 décembre + 1,2,3.

Enfant mort et macéré de 2.070 grammes le 12 décembre; dans le foie et dans la rate, spirilles.

Cette femme, à la suite du traitement arsenical, avait fabriqué des anticorps, elle n'était pas immunisée, elle était syphilitisée.

Ainsi, en appliquant systématiquement la méthode de la « réactivation » aux femmes enceintes, que leurs avortements et les accouchements antérieurs rendent suspectes de syphilis, la question importante de l'immunisation et de la syphilisation de la mère prend une tournure nouvelle.

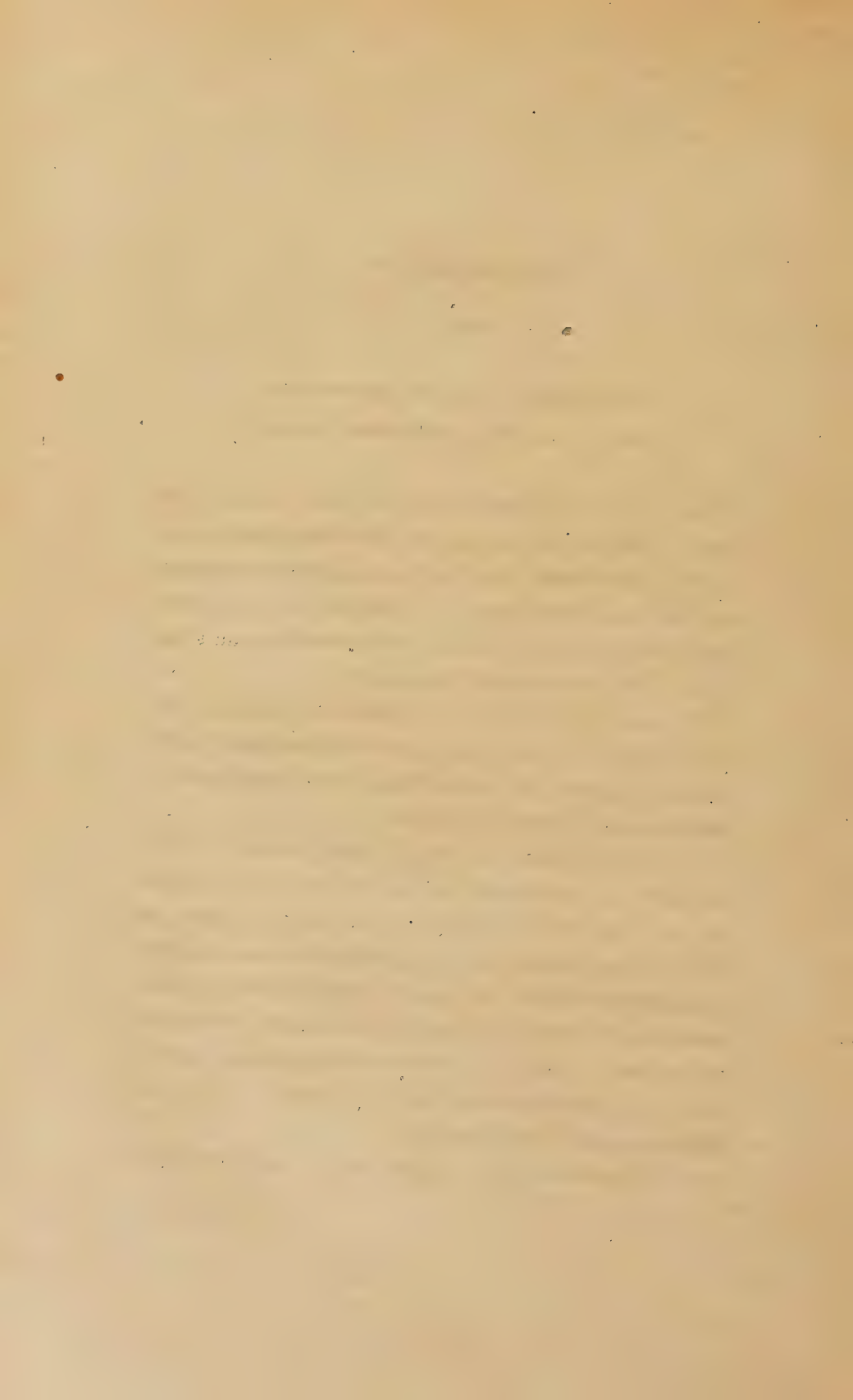
« A s'en tenir, dit Daunay, aux seuls résultats de la réaction de Wassermann pratiquée sans cette réactivation, aucune conclusion ne peut être formulée. Nous pouvons dire que si on arrivait à démontrer par cette méthode que toutes les femmes ayant eu des enfants syphilitiques sont elles-mêmes des syphilitiques, rien n'autoriserait à prétendre que la syphilis des enfants est due à la syphilis maternelle. La syphilis conceptionnelle, telle que l'a formulée notre grand Fournier, resterait entière. »

Tel est l'important problème posé par Daunay, et que nous n'avons nullement l'intention d'appro-

fondir ici. Nous l'avons effleuré à dessein, dans ce travail sur la syphilis héréditaire, pour montrer de quelle lumière la *réactivation biologique* est susceptible d'éclairer certains problèmes qui, à s'en tenir à la réaction de Wassermann, restent en suspens.

Le diagnostic de la syphilis héréditaire chez le nouveau-né est important à cause de la contagion possible d'une nourrice mercenaire. Il est facilité par la grosse valeur de certaines manifestations cutanées ou viscérales. La recherche du tréponème et la réaction de Wassermann, comme nous l'avons vu, donnent d'utiles résultats.

Le diagnostic de la syphilis héréditaire tardive est rendu beaucoup plus difficile par sa latence et par la diversité de ses manifestations.



CHAPITRE IV

RÉACTION DE WASSERMANN

DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

La syphilis héréditaire tardive, bien que ne présentant pas les mêmes dangers de contagion que la syphilis héréditaire précoce, peut entraîner une quantité de manifestations; or, celles-ci, bien souvent méconnues, ne sont traitées avec résultat que si on les rattache à leur cause, la syphilis.

Ces manifestations de la syphilis héréditaire tardive montrent la puissance de la transmission héréditaire, capable de déterminer des accidents à échéance plus ou moins reculée.

A côté des manifestations syphilitiques vraies, ressemblant aux manifestations tertiaires de la syphilis acquise (hérédo-syphilis primaire de Gaucher), on observe des troubles qui ne portent aucune marque vraiment spécifique; ce sont des manifestations parasymphilitiques (hérédo-syphilis quaternaire), quelquefois même de simples troubles dystrophiques généraux ou partiels ou des malformations congénitales (hérédo-syphilis quinquenaire).

Ces stigmates dystrophiques ont été mis en relief

par Ed. Fournier, qui les a classés en plusieurs groupes :

1° Modifications de constitution générale : teint terreux, infantilisme, idiotie, difformités crâniennes et nasales...;

2° Difformités des membres : exostoses, tibia en lame de sabre, déformations pseudo-rachitiques...

3° Lésions cutanées et muqueuses : cicatrices commissurales des lèvres et du nez, crurales postérieures, coryza, ozène...

4° Troubles de la vue et de l'ouïe et malformations des dents : kératite interstitielle, iritis, surdité et altérations dentaires (érosions, atrophie cuspidienne, microdontisme, dent d'Hutchinson, etc...)...

5° Lésions testiculaires : sarcocèle.

C'est sur ces stigmates fondamentaux, qu'il nous est impossible d'étudier ici en détail, que se basera l'examen de tout malade suspect d'hérédo-syphilis. Nous ne passerons pas en revue toutes les manifestations cliniques de la syphilis héréditaire ; des plus nombreuses et des plus variées, elles peuvent siéger sur tous les organes et tous les tissus ; mais les plus fréquentes sont les lésions oculaires, osseuses et cutanées, les troubles médullaires et cérébraux, les lésions de l'appareil auditif et du nez, etc... ; et bien souvent leur diagnostic clinique est difficile.

Le séro-diagnostic peut-il nous éclairer dans les cas douteux, dans les formes frustes et latentes de l'hérédo-syphilis ? Peut-il dans ces formes dystrophiques, que tant d'autres infections ou intoxications

peuvent réaliser, nous apporter une notion de spécificité?

La réaction positive, d'après les observations de Gaucher, s'observe généralement dans les manifestations de type tertiaire, contrairement à ce qui se passe chez les dystrophiques. Il est naturel, en effet, d'admettre que lorsqu'il s'agit de gommes, d'ostéopériostites ou d'accidents de même nature, lésions franchement spécifiques, la réaction se comporte dans l'hérédosyphilis comme dans la syphilis acquise.

Les recherches de Thomsen et Boas leur permettent de conclure que les hérédosyphilitiques âgés de treize à vingt ans donnent une réaction positive, et ils estiment que les résultats sont tout aussi probants qu'au moment de la naissance; mais ces résultats sont basés sur un bien petit nombre d'observations.

Plus intéressant est le travail de MM. Bertin et Gayet, de Lille, dont les recherches ont porté sur des malades ayant dépassé pour la plupart la première enfance et groupés en trois séries :

Première série. — Recherchant la réaction chez 25 enfants présentant des signes bien nets d'hérédosyphilis et chez lesquels le diagnostic a paru certain, ils obtiennent 24 résultats positifs, soit 96 0/0.

Deuxième série. — Chez 255 enfants, soit absolument sains, soit atteints d'affections les plus diverses, la réaction est restée négative.

Se basant sur ces deux séries d'observations, les

auteurs concluent que le séro-diagnostic est presque toujours positif lorsqu'il y a des signes très nets d'hérédosyphilis ; d'autre part, qu'il est négatif, quand la syphilis n'est pas en cause.

Troisième série. — La réaction fut positive chez 48 malades, qui ne présentaient que quelques signes permettant de soupçonner et non d'affirmer l'hérédosyphilis.

Les observations de cette série concernent des cas d'infantilisme, de surdi-mutité, d'idiotie, d'épilepsie, de rétrécissement mitral etc... chez ces malades, l'examen clinique et les commémoratifs étaient insuffisants pour rattacher ces dystrophies à la syphilis.

L'un de ces auteurs, pratiquant la réaction de Wassermann systématiquement chez un grand nombre d'enfants atteints d'idiotie, montra que dans le tiers des cas environ la syphilis était en cause.

Urbantschitsch, examinant 125 sourds-muets, trouva le Wassermann positif dans 7 0/0 des cas.

Désireux de reprendre cette question du séro-diagnostic dans la syphilis héréditaire tardive en la complétant par la nouvelle méthode de *la réactivation biologique*, nous avons, dans ce but, suivi, à la consultation de la Charité, un certain nombre de malades, dont nous rapportons les observations, qui nous sont personnelles. Les observations X, XI, XII, XIII sont dues à l'obligeance de M. Milian, qui

a bien voulu les extraire des fiches de sa clientèle ; dans sa communication de décembre 1911 à la Société médicale des hôpitaux sur la réactivation biologique en général, ce dernier a cité déjà brièvement les observations XIV, XV, XVI.

Nos 21 observations comportent plus de 100 réactions de Wassermann.

Dans les expériences, on a employé comme antigène du foie renfermant des tréponèmes ; pour le système hémolytique on a conservé le système anti-mouton. La réaction positive partielle est notée +, positive ++, très positive + + +, négative 0.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

ABRÉVIATIONS. — W. = Wasserman.

I. V. 30 = injection intra-veineuse de 30cgr. de salvarsan.

OBS. I (Personnelle). *Dystrophies héréditaires et ulcérations syphilitiques*. — L... Louis, âgé de treize ans, est amené avec une suppuration abondante du nez, particulièrement de la narine gauche. Il présente une petite ulcération croûteuse de la dimension d'une lentille sous chaque narine; ces ulcérations remontent à un an et demi. De plus il a une petite ulcération fissurique à l'oreille gauche, à l'insertion du lobule. Nombreux ganglions cervicaux postérieurs surtout à gauche, multiples ganglions inguinaux. Comme stigmates dystrophiques, le malade présente de l'infantilisme grêle, du strabisme interne de l'œil gauche, une voûte palatine très ogivale, un nævus pigmentaire au creux sus-claviculaire gauche.

Cœur : gros souffle d'insuffisance nitrale.

6 janvier 1911. — Wasserman + + +.

OBS. II (Personnelle). *Dystrophies héréditaires et ulcération syphilitique*. — L... Jeanne, âgée de quarante-quatre ans, vient consulter pour une syphilide ulcéreuse du bord droit

de la langue, de 3 cm. 1/2 de longueur sur 3 de largeur environ; vers la base de la langue, les bords sont taillés à pic; vers la pointe et la partie inférieure de l'ulcération, on trouve un petit bourrelet; le tout remonte à cinq mois. La malade présente encore de la kératite interstitielle bilatérale et quelques dents en tournevis; elle est atteinte de surdité depuis l'âge de quatorze ans.

20 janvier 1911. — Wassermann +.

Obs. III (Personnelle). *Chorée*. — M... Gabrielle, âgée de quinze ans, est amenée pour de la chorée. Elle ne présente aucun stigmat. Sa mère est bien portante; son père est interné à Saint-Anne, ainsi que le frère de son père. W. + + +, I. V. 15, 11 décembre 1911; I. V. 15, 18 décembre, I. V. 20, 29 décembre; W. +, I. V. 20, 12 janvier 1912; I. V. 20, 26 janvier; I. V. 20, 9 février. Le 12 janvier, les mouvements choréiques sont presque complètement passés, mais il persiste toujours un certain degré d'impotence dans l'épaule droite; le 9 février, les mouvements choréiques ont complètement disparu. W. + + +, 23 mars 1912; W. + + +, 17 juin 1912.

Obs. IV (Personnelle). *Dystrophies héréditaires*. — D... Gabriel, âgé de onze ans, est amené parce qu'il souffre des yeux depuis un an. Il a eu une première atteinte à six ans et demi à la suite d'une fièvre typhoïde; mis à la liqueur de Van Swieten, il a été guéri en six mois. Il présente actuellement de la kératite interstitielle, occupant surtout l'œil gauche (pôle supérieur); jusqu'ici il a été soigné à l'hôpital Rothschild, où on lui a fait 60 piqûres, par séries de 15, une

tous les deux jours, et repos de quinze jours ; la dernière a été faite il y a quinze jours.

En même temps que le mal d'yeux, se sont développées deux perforations de la voûte palatine, à la réunion de la portion mobile et de la voûte osseuse, aujourd'hui cicatrisées.

Il y a deux ans, l'enfant a été opéré au tibia gauche d'une ostéomyélite, dont il reste une hyperostose.

Venu à terme, il pesait 4 kilos et présentait du pemphigus de la paume des mains ; il a marché à quinze mois.

Très chétif d'apparence, il présente peu de stigmates, à part des altérations dentaires marquées : érosion semi-lunaire du bord libre de l'incisive médiane supérieure gauche ; la médiane supérieure droite est en tourne vis ; microdontisme des incisives médianes inférieures ; atrophie cuspidienne très accentuée des canines inférieures et des premières molaires.

Teint pigmenté et terreux.

W. + + + ; I. V. 20, 27 février 1911 ; I. V. 25, 3 mars ; I. V. 20, 10 mars ; I. V. 25, 13 mars ; I. V. 30, 20 mars ; I. V. 30, 24 avril ; I. V. 35, 1^{er} mai, I. V. 35, 8 mai ; I. V. 35, 15 mai ; W. + + +, 17 mai ; à cette date, les cornées sont presque entièrement claires. Le 28 juillet, on prescrit des frictions à l'onguent napolitain quinze jours par mois. W. 0, 11 novembre. Le 2 février 1912, les cornées sont complètement claires.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de quarante-neuf ans, aurait eu un accident à l'âge de vingt ans. Mère, âgée de quarante-cinq ans, bien portante, a eu six grossesses : le premier enfant mort-né, le deuxième, mort au bout de six

semaines, présentait des accidents péri-buccaux, le troisième notre malade, les trois autres âgés respectivement de neuf ans, six ans et trois ans bien portants.

OBS. V (Personnelle). *Ostéite du nez. — Gomme de la cuisse.* — N..., âgé de 14 ans. W. + +, 3 septembre 1912.

OBS. VI (Personnelle). *Hyperostoses.* — P..., âgé de six ans, présente des hyperostoses non douloureuses de l'avant-bras droit et de la face interne des deux genoux. La radiographie du Dr Varet nous montre de l'ostéite raréfiante de l'extrémité supérieure du radius et de l'ostéite condensante de la diaphyse et de l'extrémité supérieure du cubitus. W. + + +, 11 février 1911.

OBS. VII (personnelle), *Infantilisme. Adénopathie trachéo-bronchique.* — N... Étienne, âgé de quinze ans.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant W. O.; la mère a eu cinq enfants, tous vivants, pas de fausses couches, n'a jamais été malade et ne se plaint que de crises d'oppression, son Wassermann est + +.

L'enfant est amené parce qu'il se plaint d'oppression continue; infantilisme grêle, pas de poils au pubis, ni aux aisselles; thorax en carène; soudure du lobule de l'oreille; à la radiographie, on trouve les deux sommets un peu obscurs, des ganglions péri-bronchiques marqués et un médiastin obscurci modérément; W. + + +, le 13 juillet 1912. I. V. 15, 17 juillet; I. V. 30, 24 juillet; I. V. 30, 29 juillet; I. V. 45, 2 août; I. V. 45, 9 août; I. V. 45, 14 août; I. V. 30, 21 août; W. + I. V. 45, 28 août; I. V. 45, 4 septembre; W. +. I. V. 45, 11 septembre.

A la suite de ces injections, les crises d'oppression ont complètement disparu ; le malade n'a plus d'étouffements nocturnes et a augmenté de 4 kilos.

Obs. VIII (personnelle). *Dystrophies héréditaires*. — G... Eugène, âgé de sept ans, teint terreux ; crâne dolichocéphale ; Kératite interstitielle W. + + +, 13 juillet 1912.

G... Léonie, la mère présente un W. + +.

Obs. IX (personnelle), n° 1. *Chorée*. — R... Charlotte, âgée de vingt-neuf ans, a présenté depuis l'âge de douze ans des crises de nerfs ; à la moindre contrariété, elle se mettait à pleurer et à rire, puis tombait à terre et perdait, dit-elle, complètement connaissance pendant une demi-heure environ et présentait ensuite des mouvements involontaires de tout le corps. Plusieurs médecins lui ont prescrit du bromure et le séjour à la campagne, mais la malade n'a éprouvé aucune amélioration notable. Quatre mois plus tard, à la Salpêtrière, on diagnostiqua de la chorée ; on lui ordonna de la liqueur de Fowler et des douches. Après dix-huit mois de traitement, la malade n'avait plus d'évanouissement, mais les mouvements involontaires persistaient. Depuis deux ans, les mouvements choréïques ont repris leur intensité. La malade ne peut enfiler une aiguille et bien souvent elle laisse tomber les objets de ses mains ; les mouvements involontaires sont plus marqués sous l'influence des émotions. Aux membres inférieurs, ce sont les doigts qui s'agitent le plus ; l'avant-bras est mis tantôt en supination, tantôt en pronation. Les commissures labiales sont continuellement tiraillées, donnant à

la malade une expression de sourire. Il n'y a aucun changement de caractère, aucun trouble de la parole ou de la marche. Les réflexes rotuliens, achilléens et olécrâniens sont exagérés.

Elle n'a eu aucune maladie dans son existence, si ce n'est la rougeole; pas mariée, elle est encore vierge.

Pas de stigmates dystrophiques, pas de syphilis connue chez ses parents. W. + + +, 26 juillet 1912.

N° 2, R... Germaine, âgée de vingt-deux ans, sœur de la précédente, est une jeune fille très arriérée, dans l'incapacité de travailler; elle n'a pu apprendre la couture, sait un peu lire, mais comprend difficilement sa lecture. N'a marché qu'à vingt-six mois; soudure du lobule de l'oreille.

W. o, 26 juillet 1912; I. V. 20; 29 juillet; W. o, I. V. 30, 13 septembre; W. o, I. V. 30, 18 septembre; I. V. 45, 25 septembre; W. o, I. V. 60, 2 octobre; W. o, 9 octobre.

Obs. X (due à l'obligeance de M. Milian). *Onyxis*. — N° 1, M^{lle} B... C., âgée de vingt et un ans, présente, depuis son enfance, de l'onyxis syphilitique. Pas de stigmates, pas de syphilis acquise. W. + + +, 8 juin 1912.

N° 2, M^{lle} B... G., âgée de dix-huit ans, sœur de la précédente ne présente aucune lésion, aucun stigmate. W. o, 20 juin 1912. On lui fait de l'hectargyre à partir du 11 juillet; W. o, 17 juillet; W. o, 25 juillet; W. o, 1^{er} août; W. o, 26 septembre.

N° 3, M^{me} B..., la mère, âgée de cinquante ans, n'a jamais eu aucun accident. W. o, 20 juin 1912; avant d'avoir sa première fille, elle a fait une fausse couche de quatre mois.

Obs. XI (due à l'obligeance de M. Milian). *Dystrophies*

héréditaires. — Enfant B..., âgé de douze ans, hérédo-syphilitique sans accidents. W. 0, 25 mars 1911; est mis aux pilules de Dupuytren; W. +, 15 avril 1911.

Obs. XII (due à l'obligeance de M. Milian). *Dystrophies héréditaires.* — C... Lucienne, âgée de cinq ans, présente un front olympien et un nez en lorgnette. W. 0, 18 mars 1911; est mise à la liqueur de Van Swieten; W. +, 27 avril 1911. La mère a des migraines incessantes et présente un W. + + +, 18 mars 1911; le père est syphilitique.

Obs. XIII (due à l'obligeance de M. Milian). *Épilepsie.* — Colt..., âgé de dix-neuf ans, a eu, il y a deux jours, après sa journée de travail, une perte de connaissance, précédée d'un grand « martellement dans le cerveau », d'oppression et d'obscurcissement de la vue. Il est tombé à terre sans s'en apercevoir; quand il est revenu à lui, il a remarqué que du sang coulait sur sa chemise; ce sang provenait d'une petite plaie, qu'il s'était faite à l'occiput, en tombant. « J'étais tellement étourdi, dit-il, par le vacarme que je percevais dans le cerveau que je n'ai rien senti. » Le lendemain, il s'est trouvé très fatigué et, encore maintenant, il a la tête lourde; il y a cinq ans, il a eu un accident semblable.

Sa tête est un peu grosse, le front est bombé, les dents sont très écartées, mais à peu près normales. Réflexes normaux. Pas de syphilis acquise. Vers l'âge de deux ans il a eu deux ou trois crises de convulsions assez violentes.

W. 0, 23 février 1911; I. V. 30, 6 mars; W. 0, I. V. 40, 10 mars; I. V. 50, 17 mars; W. + +, I. V. 60, 27 mars; W. + + +, 8 juin; W. + +, 15 juin.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de soixante ans, a eu un chancre syphilitique à l'âge de vingt-deux ans, et a suivi un traitement intensif pendant quatre ans; il s'est marié à vingt-six ans; un an après il a perdu complètement l'ouïe. La mère est morte, il y a un an, des complications du diabète; elle a eu trois enfants, deux morts du croup en bas âge, le troisième, notre malade; il semble, d'après des vieilles ordonnances trouvées dans les papiers de son père, que ce dernier était lui-même syphilitique (iodure de potassium, protoiodure d'hydrargyre, pilules arsénicales).

Obs. XIV (publiée par M. Milian à la Société médicale des hôpitaux de Paris, 29 décembre 1911). *Kératite interstitielle. Dystrophies.* — M... Jules, âgé de seize ans, est envoyé par le Dr Bellencontre à la consultation, pour suivre un traitement par le 606.

L'œil gauche, toujours à moitié fermé, présente une kératite interstitielle notable et pleure continuellement.

Comme stigmates dystrophiques, le malade présente une tête très élargie à la partie supérieure, un nez écrasé à la base, la soudure du lobule de l'oreille. De plus, il a à la mâchoire supérieure les deux incisives médianes du type Hutchinson; sa première molaire gauche inférieure présente une atrophie cuspidienne notable. Enfin, on note une augmentation de volume de la tubérosité interne du tibia.

Son intelligence n'a fait aucun progrès et il a toujours besoin d'être surveillé; « il est comme quand il était enfant », dit sa mère; il sait lire, compter et écrire, mais n'a pu apprendre de métier; il est actuellement groom et accompagne son patron dans ses courses en voiture, pour s'occuper

du cheval. On est toujours obligé de le guider et il s'amuse avec n'importe quoi. « Pas méchant, mais pas d'idées. »

Cœur, poumons, réflexes, normaux.

Le malade pesait 9 livres en venant au monde ; à deux mois et demi il a eu des convulsions et il a eu également des éruptions sur le corps ; il a marché à trois ans. Il était hydrocéphale et on l'a ponctionné deux fois à treize mois. Ses premiers accidents oculaires remontent à l'âge de sept ans.

W. o, I. V. 25, 8 mai 1911 ; I. V. 40, 12 mai ; W. o, I. V. 50, 19 mai ; W. ++, I. V. 40, 26 mai.

12 mai. — Le malade regarde presque en face, l'œil est moins rouge, il n'y a plus d'écoulement de larmes.

8 novembre. — Le malade peut lire le journal de l'œil gauche ; il n'a fait aucun traitement depuis mai et a encore des taches sur la cornée, dans la partie supérieure.

W. o, I. V. 30, 24 nov. 1911 ; W. o, I. V. 30, 8 décembre ; W. o, I. V. 30, 22 décembre.

A cette date, l'œil est plus clair ; le quadrant supéro-interne de la pupille est dégagé.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de quarante-neuf ans, a eu la syphilis il y a vingt ans et a actuellement une hémiplegie gauche. La mère a eu huit grossesses : successivement le malade, un enfant mort en nourrice à neuf mois, une fille vivante de quatorze ans, bien portante, élevée et nourrie par la mère, un enfant mort à cinq mois, et un autre mort à huit mois, enfin deux fausses couches, l'une de deux mois, l'autre de six semaines.

Obs. XV, publiée à la Société médicale des hôpitaux de Paris, 29 décembre 1911, par M. Milian. *Périostoses.* —

M... Ida, âgée de vingt-quatre ans, se plaint de douleurs dans les cuisses depuis trois mois; ces douleurs ont duré deux mois, sans discontinuer, puis se sont arrêtées. Depuis quatre jours, la malade souffre sans répit, plus violemment qu'auparavant : elle ne peut se-coucher et crie toute la nuit, les douleurs présentant une exaspération nocturne.

A la pression, les nerfs et les muscles sont insensibles; seule la pression profonde à la partie antéro-inférieure de la cuisse est très douloureuse; la base du sacrum est également très douloureuse à la pression.

A l'angle externe de l'omoplate droite existe une exostose du volume d'une petite noix.

Aux commissures labiales, on trouve de petites cicatrices radiées et deux cicatrices profondes.

Pas de syphilis acquise; pas de ganglions cervicaux, ni épitrochléens, ni inguinaux. Réflexes normaux.

De dix à treize ans, la malade a eu mal aux yeux et ceux-ci paraissent légèrement troubles; depuis quatre ans elle a à chaque instant des douleurs osseuses.

Elle dit avoir eu du rhumatisme depuis le 5 mars de cette année, et a même été traitée par le salicylate à haute dose (8 gr.) sans résultat.

W. o, I. V. 30, 18 mai 1911; W. ++, I. V. 40, 22 mai; W. +++, I. V. 40, 24 mai. Dès le 22 mai, les douleurs avaient disparu et la pression n'était plus douloureuse; la malade pouvait dormir.

Obs. XVI, publiée à la Société médicale des hôpitaux, 25 décembre 1911, par M. Milian. *Rachitisme*.— C... Yvonne, âgée de vingt-trois ans. Nanisme. Augmentation de volume

de la tête. Tronc normal. Incurvation très marquée des tibias et des fémurs. Pas d'antécédents syphilitiques, vierge, pas de syphilis acquise.

W. o, I. V. 30, 12 juillet 1911 ; W. o, 14 juillet ; W. ++, 16 juillet ; W. ++, 18 juillet ; W. ++, 20 juillet ; W. +++, 22 juillet ; W. +++, 24 juillet.

OBS. XVII (Personnelle), n° 1. *Épilepsie*. — M^{me} F., âgée de vingt-six ans, vient à la consultation, parce que depuis quatre ans elle a des crises tous les mois au moment des règles. Lorsque la crise commence, les bras se tendent, très raides, tout le corps est agité de soubresauts violents, les yeux se retournent, la respiration est rauque, les mâchoires sont serrées ; cela dure environ une minute ; puis, les soubresauts cessent, la malade reste inerte pendant dix minutes et les frissons la prennent ; elle ne se souvient jamais de rien.

Ce matin, à 6 heures, elle a eu une crise semblable ; elle s'est mordue la lèvre et la langue et ne s'en souvient d'ailleurs aucunement.

La malade présente des périostoses de la face externe du tibia droit, douloureuses à la pression ; son palais a une forme ogivale très accentuée ; on trouve quelques cicatrices radiées aux commissures labiales ; le lobule de l'oreille est soudé ; les dents sont normales.

Ganglions cervicaux antérieurs droits.

Née à terme, la malade a marché à un an ; elle a eu un érysipèle à onze ans et un autre à dix-huit ans. Malgré du polybromure qu'on lui faisait prendre, ses crises n'ont pas cessé depuis quatre ans. Elle est devenue enceinte, et son

enfant, venu à terme, pesait 7 livres ; il a actuellement un an et ne marche pas encore ; pendant ses trois premiers mois, il a eu du tremblement de la bouche et du menton ; son front est olympien, son nez est aplati.

W. o. I. V. 10, 2 janvier 1912 ; W. o. I. V. 20, 2 février ; W. o. I. V. 20, 9 février ; W +, 16 février ; W. o. I. V. 20, 23 février ; W. o. I. V. 20, 1^{er} mars ; W. o. I. V. 30, 8 mars.

23 février. — La malade n'a pas de crise, alors que ses règles sont survenues depuis hier et qu'auparavant la crise avait lieu deux jours avant les règles.

20 mars. — La malade n'a pas encore eu de nouvelles crises. On lui prescrit de la solution biiodurée.

N° 2. — M^{me} S..., âgée de quarante-huit ans, mère de M^{me} F... A eu successivement : un premier garçon de vingt-huit ans, malade (n° 5), un deuxième mort à neuf mois de convulsions, une fille malade (n° 1), une fausse couche de trois mois, et une fille de vingt et un ans bien portante. Elle présente de l'inégalité pupillaire (myosis droit avec réflexe lumineux très paresseux) ; de plus, elle souffre d'une laryngite depuis quatorze ans. Réflexes rotuliens et achilléens normaux. La malade n'a jamais eu aucun accident. W. o, 26 janvier 1912.

N° 3. — M. S..., père de M^{me} F..., n° 15, est bien portant et de bonne constitution. Il n'a jamais eu aucun accident, ni aucune maladie, à part de la méningite étant enfant. W ++, 26 janvier 1912.

N° 4. — M^{me} S..., mère du n° 3 et grand'mère du n° 1 présente des réflexes rotuliens, achilléens normaux ; mais elle a un peu d'inégalité pupillaire (myosis gauche).

N° 5. — M. S... Ernest, âgé de vingt-huit ans, frère du

n° 1. A marché à treize mois. Il y a quatre ans, à son retour du régiment, il a eu une violente crise de larmes en travaillant ; il s'est débattu comme un fou pendant deux heures, tout en causant d'une façon déraisonnée. Le lendemain, il a eu une crise un peu moins forte et, depuis « il est faible du cerveau », dit sa mère, et il faut le soigner comme un petit enfant ; il n'a aucune mémoire.

Il a le front bombé et le lobule de l'oreille soudé ; il présente en outre de l'asymétrie faciale ; l'œil gauche est plus petit que l'autre et la joue droite est en retrait, aplatie. Les dents sont normales. Réflexes normaux.

Ponction lombaire : 1,6.

W. o, I. V. 30, 12 février 1912 ; W. o, 1^{er} mars ; W. o, 6 mars ; W. o, 24 mai ; W. o, I. V. 30, 29 mai ; W. o, 6 juin.

OBS. XVIII (Personnelle). *Épilepsie*. — B... Madeleine, âgée de dix-sept ans, est amenée à la consultation pour des crises, remontant à l'âge de douze ans, se produisant assez régulièrement une fois par mois et survenant toujours la nuit. La malade sent venir sa crise ; à ce moment elle étouffe et cherche avidement de l'air, elle pousse un cri léger et se raidit brusquement ; ses membres se contractent, ses doigts s'enfoncent dans la paume des mains et sa tête se renverse en arrière ; le tout dure environ une minute. Lorsqu'elle revient à elle, elle est très essoufflée et ne sait nullement ce qui vient de se passer ; sans l'écume qui lui arrive à la bouche, elle ignorerait absolument sa crise ; cette écume est souvent mêlée d'un peu de sang, car la malade se mord la langue. A la suite, la malade est très courbaturée,

elle ressent une grande fatigue qui dure toute la journée et est en proie à une céphalée violente.

Ces attaques se produisent chaque mois de préférence au moment des règles et surtout avant l'écoulement menstruel. Les règles ne sont jamais très abondantes, mais depuis trois ans, la malade est sujette à des hémorragies nasales répétées, qui ont déterminé de l'anémie; ces hémorragies se produisent toujours par la narine gauche.

A l'examen de la malade, on constate un état d'anémie très accusé, le visage est très pâle et les conjonctives sont très décolorées.

Aucun signe d'hérédos-spécificité, si ce n'est le front un peu bombé.

Poumons, cœur, réflexes normaux.

Née à terme, elle a eu des convulsions à six mois.

W. o, I. V. 10, 8 mars 1912; W. +, I. V. 30, 18 mars; W. +, I. V. 30, 25 mars; W. o, I. V. 35, 1^{re} avril 1912.

Antécédents héréditaires. — Le père nie toute syphilis, W. o.

La mère, bien portante à eu quatre enfants, tous vivants; le dernier, âgé de huit ans a déjà eu une crise comme celles de sa sœur, W. o.

La grand'mère maternelle a eu 18 enfants, dont 4 seulement sont vivants; tous les autres sont morts en bas âge.

La mère de la malade a une nièce, internée à la Salpêtrière.

OBS. XIX (personnelle), n° 1. — *Infantilisme.* — *Rétrécissement mitral congénital.* — B..., Victorine, âgée de dix-huit ans a des battements de cœur depuis l'âge de cinq ans.

Elle a une taille de 1 m. 50 environ, elle est grêle avec des jambes et des bras très maigres; elle a une petite tête à profil d'oiseau, le menton est en retrait, le front bas, le lobule de l'oreille soudé, la voûte palatine ogivale.

A l'auscultation, on trouve un rétrécissement mitral typique; 160 pulsations.

W. + + +, 15 juin 1912.

N° 2. — M^{me} B..., âgée de quarante-cinq ans, mère de la précédente n'a jamais eu aucun accident spécifique. Elle présente sur chaque cornée de petits leucomes, vestiges d'une kératite interstitielle bilatérale datant de l'enfance; elle a à la commissure labiale gauche 4 cicatrices. Les incisives supérieures portent des stries transversales, les incisives inférieures sont naines. Cœur normal. W. + +, 17 juillet 1912.

N° 3. — B... Emma, âgée de vingt ans, sœur du n° 1, présente un front bombé avec de l'ensellure de la base du nez; bonne constitution, cœur normal.

W. o, I. V. 20, 17 juin 1912; W. +, 22 juin; W. +, 28 juin; W. +, 3 juillet; W. + +, 8 juillet.

N° 4. — B... Jeanne, âgée de treize ans, sœur du n° 1, présente une légère asymétrie faciale, avec des bosses frontales accusées; son iris droit est gris bleuté, le gauche gris vert. Les incisions médianes inférieures portent des stries transversales, les séparant en deux étages, les deux incisives médianes supérieures présentent le type Hutchinson.

A l'auscultation du cœur, on trouve un souffle systolique mitral, se propageant vers l'aisselle.

W. o, 7 août 1912; on ordonne à la malade de la solution

bioidurée; W. o, 19 août; W. +++ , 24 août; W. +++ , 29 août.

N° 5. — B... Henri, âgé de seize ans, frère du n° 1, est de constitution moyenne; son crâne est de volume exagéré; à la commissure labiale gauche, on trouve deux petites cicatrices radiées, aboutissant à une petite région cicatricielle de la dimension d'une lentille. Les dents sont saines.

A l'auscultation, on trouve un gros souffle systolique mitral, piaulant par instant.

N° 6. — M^{me} K..., sœur du n° 2, présente des sillons transversaux sur les incisives médianes inférieures et un lobule de l'oreille soudé. Cœur normal.

W. o, 17 juin 1912; I.V. 20, 18 juin; W. o, 28 juin; W. o, 3 juillet; W. o, 8 juillet.

N° 7. — M^{me} C..., âgée de quarante ans, sœur du n° 2, souffre du cœur depuis quinze ans. A l'auscultation on trouve un rétrécissement mitral typique. Elle a un bon état général et ne présente pas de stigmates; légère mydriase gauche; W. +++ , 20 juillet 1912.

Obs. XX (personnelle). *Névrite optique*. — H... Henri, âgé de dix-huit ans a commencé, il y a un an et demi, au cours de son travail, à voir double; il dit qu'il a toujours bien vu les couleurs, cependant aujourd'hui il prend le vert pour le noir et le violet pour le bleu.

Acuité visuelle: 0.1 à 1 mètre pour l'œil gauche; 0.2 pour l'œil droit. Il a été examiné dans les services de MM. de Lapersonne et Rochon-Duvignaud, et l'on a diagnostiqué une névrite optique. Le Wassermann pratiqué dans deux hôpitaux différents, à cinq reprises, fut toujours négatif.

C'est un sujet de petite taille, présentant des sillons transversaux sur les incisives médianes supérieures et inférieures et une cicatrice labiale gauche. Aucun antécédent de syphilis acquise.

Les réflexes achilléens sont exagérés; les rotuliens aussi, on a presque de la trépidation épileptoïde.

W. o. I. V. 45, 23 août 1912; W. +++ , I. V. 60, 30 août 1912.

Obs. XXI (personnelle). N° 1. *Adénites*. — H... Marguerite, âgée de quinze ans et demi, a un aspect chétif et un facies pâle et terreux, le visage est déformé par une adéno-pathie multiple; elle vient d'ailleurs consulter pour ces adénites et aussi pour une paralysie faciale gauche.

Les premières glandes sont apparues du côté gauche du cou il y a six ans; opérée aux Enfants-Malades, elle a été envoyée à Berck, à Hendaye, etc., où elle a subi grattages, ponctions et injections modificatrices. Les cicatrices, qui siègent en avant du sterno-cléido-mastoïdien, en arrière sous la mastoïde surtout à gauche, ne sont nullement chéloïdiennes; la peau se laisse facilement pincer, il n'y a pas d'adhérences avec les plans profonds, la rétraction est à peine marquée.

A droite, on trouve une adénite sous-maxillaire du volume d'une noisette et plusieurs adénites auriculaires. A gauche, on trouve une volumineuse adénite sous-angulo-maxillaire presque fluctuante, une adénite rétro-auriculaire et une sous-mastoïdienne du volume d'un gros haricot.

Il y a huit jours, la malade a été prise le matin au réveil d'une paralysie faciale gauche; la veille et l'avant-veille, elle

avait souffert des glandes de la région auriculaire ; cette paralysie est du type périphérique classique.

Le lobule de l'oreille est soudé, le nez est en selle, l'œil droit présente quelques taies ; la vision est très mauvaise, l'enfant ne peut enfiler une aiguille. Les dents sont normales.

W. o, I. V. 15, 30 août 1912 ; W. o, I. V. 20, 4 sept. ; W. o, I. V. 30, 11 sept. ; W. +, I. V. 30, 18 sept. ; W. +, I. V. 25, 25 septembre.

11 septembre. — La paralysie faciale était guérie, et le 25 septembre les glandes avaient beaucoup diminué.

N° 2. — H..., Émile, âgé de quarante-trois ans, père du n° 1, est de constitution générale faible ; il a de l'asymétrie faciale, le menton et le nez sont déviés vers la droite ; le lobule de l'oreille est soudé et les paupières supérieures tombent en ptosis. Il présente une cicatrice sous-angulo-maxillaire droite, vestige d'une adénopathie de l'enfance et un leucome de l'œil gauche, vestige d'une kératite interstitielle, qui le frappa à l'âge de huit ans. La voûte du palais est ogivale. A la mâchoire supérieure les dents sont petites ; à la mâchoire inférieure, on trouve des incisives naines et de l'atrophie cuspidienne des canines.

W. o, 21 août 1912.

N° 3. — H..., Suzanne, âgée de treize ans, sœur du n° 1, n'a jamais été malade, même dans l'enfance. Elle a un aspect grêle et un facies terreux. Comme stigmates elle présente un léger strabisme de l'œil droit, une taie sur la cornée gauche, une légère asymétrie faciale, la soudure du lobule de l'oreille, le palais ogival, des cicatrices radiées aux commissures labiales, et des sillons transversaux sur les incisives médianes supérieures. W. o, 23 août 1912.

N° 4. — M^{me} H..., âgée de trente-huit ans, mère du n° 1, est bien portante, et a eu huit enfants, dont six sont encore vivants. W. o, 30 août 1912.

N° 5. — H... Renée, âgée de huit ans, sœur du n° 1, est actuellement bien portante ; l'année dernière elle a eu une crise de chorée qui lui a duré trois mois. Elle présente comme stigmates un front bombé, un léger strabisme droit, des oreilles géantes et décollées avec soudure du lobule de l'oreille, et le palais ogival.

CHAPITRE VI

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

DE LA RÉACTIVATION BIOLOGIQUE DANS LA SYPHILIS
HÉRÉDITAIRE TARDIVE

Nos premières observations concernent des individus chez qui le séro-diagnostic fut positif d'emblée. Parmi ces malades, les uns étaient porteurs de lésions en activité et de stigmates dystrophiques (obs. I, II, IV, V, VI, VIII, X) ; d'autres ne présentaient ni lésions, ni stigmates dystrophiques

Dans l'observation VII, c'est un enfant de quinze ans amené par sa mère pour une oppression continue ; le seul stigmatte paraît constitué par de l'infantilisme grêle ; son Wassermann est + + +, tandis que celui de sa mère est + + ; la radiographie montre une adénopathie trachéo-bronchique marquée ; traité par le salvarsan, ses nuits deviennent calmes et son oppression disparaît.

Dans l'observation III, c'est une jeune fille de quinze ans présentant de la chorée, mais sans stigmates ; son Wassermann + + + nous incite à lui faire du traitement ; un mois après elle est guérie.

L'observation IX nous met en présence d'un

autre jeune fille atteinte de chorée ; bien qu'elle n'offre aucun stigmat, son Wassermann est + + + ; mise au traitement, elle ne tarde pas à s'améliorer.

La réaction de Wassermann a donc renforcé notre diagnostic clinique, lorsque nous nous sommes trouvé en présence de signes bien nets d'hérédosyphilis ; de plus elle nous a permis de rattacher 1 cas d'adénopathie trachéo-bronchique et 2 cas de chorée à la syphilis héréditaire. Ces résultats ne font que confirmer les travaux publiés antérieurement sur la valeur sémiologique de la réaction de Wassermann. De plus, si nous rapprochons des observations III et IX l'observation XXI (sujet n° 5), où nous retrouvons un cas de chorée dans une famille d'hérédosyphilitiques, il nous est permis de supposer que le Wassermann, systématiquement pratiqué chez un grand nombre d'enfants atteints de chorée, comme cela a déjà été fait pour l'idiotie, l'épilepsie, permettrait dans un certain nombre de cas de rattacher cette affection à la syphilis héréditaire. Il est certain que la chorée, que l'épilepsie, évoluant chez un enfant ou un adolescent, n'éveilleront l'idée de syphilis que si le malade est porteur de lésions plus significatives ou de stigmates, ou si le médecin est prévenu de l'existence de la syphilis dans la famille. Dans le cas contraire, on voit l'importance prépondérante de la réaction de Wassermann.

Mais une réaction négative doit-elle nous faire rejeter le diagnostic de syphilis ? La deuxième moitié de nos observations concerne des malades, chez qui

nous avons pratiqué la « réactivation biologique ». Nous résumons ci-dessous les traitements et les dates d'apparition de la réaction :

- Obs. IX, n° 2. — Salvarsan. W. resté négatif.
Obs. X. — Hectargyre. W. resté négatif.
Obs. XI. — Pilules de Dupuytren W. + vingt jours après.
Obs. XII. — Liqueur de Van Sweten W. + quarante jours après.
Obs. XIII. — Salvarsan W. ++ vingt et un jours après ; W. +++ trois mois après.
Obs. XIV. — Salvarsan W. ++ dix-huit jours après.
Obs. XV. — Salvarsan W. ++ quatre jours après ; W. +++ onze jours après.
Obs. XVI. — Salvarsan W. ++ quatre jours après ; W. +++ dix jours après.
Obs. XVII, n° 1. — Salvarsan W. + vingt-trois jours après.
n° 5. — Salvarsan W. resté négatif.
Obs. XVIII. — Salvarsan W. + dix jours après.
Obs. XIX, n° 3. — Salvarsan. W. + cinq jours après ; W. ++ vingt-deux jours après.
n° 4. — Solution biiodurée W. +++ dix-sept jours après.
n° 6. — Salvarsan W. resté négatif.
Obs. XX. — Salvarsan W. +++ sept jours après.
Obs. XXI. — Salvarsan W. + dix-neuf jours après.

Ainsi, sur 16 essais de réactivation, nous avons eu 12 résultats positifs, 4 négatifs.

La réactivation a été constatée quatre fois entre le quatrième et le septième jour, une fois le dixième jour, six fois entre le dix-septième et le vingt-troisième jour, une fois le quarantième jour. Cela ne veut pas dire que la date d'apparition de la réactivation est

certainement comprise entre ces échéances; pour fixer avec certitude le moment où se fait la réactivation, il est nécessaire de faire des examens sérieux; nous l'avons fait dans la mesure du possible, mais bien souvent les malades ont été irréguliers à venir.

Parmi ces réactivations, trois furent obtenues avec de l'hectargyre, des pilules de Dupuytren ou de la solution biiodurée; toutes les autres furent obtenues avec le salvarsan, et la succession des injections, par suite la dose de « 606 », ne paraît pas influencer la date d'apparition de la réactivation; celle-ci apparut après une injection intra-veineuse de 20 et de 30 centigrammes.

Dans 6 cas la réaction ne fut que +; une fois elle a été fugace; deux fois on la retrouvait telle cinq et sept jours après; une fois elle était encore telle le sixième et le douzième jour après son apparition, mais devenait ++ le vingtième jour; deux fois enfin on n'a pas eu l'occasion de reprendre de sang aux malades.

Dans 2 cas, la réactivation fut +++ d'emblée.

Dans 4 cas, la réactivation fut ++; trois fois elle s'accentua et devint ++ +.

Parmi les malades que nous avons observés, les uns étaient des héréditaires bien nets; d'autres présentaient des signes peu caractéristiques, que l'on pouvait attribuer à toute autre cause infectieuse ou toxique, et des manifestations dont l'étiologie restait ignorée; ces derniers sont les plus intéressants.

Dans l'observation XIII, c'est un garçon de dix-neuf ans, qui, pour la première fois de sa vie présente une crise d'épilepsie ; il n'a aucun stigmaté, mais le père est syphilitique et le grand-père maternel aussi ; mis au traitement par le 606, vingt et un jours après la première injection, il a un W. ++, celui-ci devient + + + un mois après.

Dans l'observation XV, c'est une jeune fille présentant des périostoses et des douleurs osseuses, que l'on avait jusqu'alors confondues avec du rhumatisme, et qui était soignée sans résultat par le salicylate ; quatre jours après une injection de 40 centigrammes, son Wassermann est ++, onze jours après il est + + + et les douleurs ont disparu.

La malade de l'observation XVI présente des dystrophies osseuses variées intermédiaires entre le rachitisme et l'achondroplasie ; deux jours après une injection de 30 centigrammes le W. est 0, quatre jours après il est ++, se maintient à ce taux les sixième et huitième jours, et devient + + + le dixième jour.

Dans l'observation XVII, nous sommes en présence d'une jeune femme, qui, depuis quatre ans, a des attaques d'épilepsie ; vingt-trois jours après la première injection son W. est +. Le frère qui présente des troubles mentaux ne peut être réactivé.

La malade de l'observation XVIII est une jeune fille de dix-sept ans, qui a depuis cinq ans des crises d'épilepsie, mais ne présente aucun signe d'hérédosyphilis ; la mère bien portante a un W. négatif,

mais la grand'mère a perdu quatorze enfants en bas âge sur dix-huit. Dix jours après, le W. est +; cinq jours après il est encore positif, et redevient négatif au bout d'une semaine.

Ayant examiné le n° 1 de l'observation XIX, dont le W. est +++ et qui présente de l'infantilisme grêle et un rétrécissement mitral typique, nous continuons les recherches dans la famille. La sœur aînée de cette jeune fille, Emma, n'offre comme stigmatisme que de l'ensellure de la base du nez et un front bombé; la plus jeune, Jeanne, présente quelques malformations dentaires, un front bombé et une insuffisance mitrale; chez toutes deux le W. est négatif. Le père de la malade nie toute spécificité; la mère présente sur chaque cornée un petit leucome et quelques malformations dentaires, son W. est ++. Nous examinons encore un garçon de seize ans, frère du n° 1, qui présente une insuffisance mitrale. La mère a deux sœurs: la première (n° 6), M^{me} K..., dont le W. est négatif, ne présente pas de stigmates nets; la seconde (n° 7) M^{me} C..., qui n'offre aucun stigmatisme, mais dont l'auscultation révèle un rétrécissement mitral et dont le W. est +++. Nous tentons la réactivation chez les deux sœurs (n° 3 et 4), et chez la tante (n° 6). Chez cette dernière, nous n'obtenons aucun résultat; par contre, chez la sœur aînée, le W. est + cinq jours après une injection de 20 centigrammes de 606, il est encore + le dix-septième jour et devient ++ le vingt-deuxième jour; chez la sœur cadette, à qui l'on a ordonné de la

solution biiodurée, le W. devient +++ dix-sept jours après le commencement du traitement.

L'observation XX concerne un jeune homme atteint de névrite optique depuis deux ans, mais ne présentant aucun stigmat, à part quelques malformations dentaires; une semaine après l'injection, son W. est +++; or, le séro-diagnostic pratiqué cinq fois de suite dans deux hôpitaux avait été négatif.

Tous ces faits prouvent qu'une réaction négative ne doit pas faire repousser le diagnostic de syphilis héréditaire, même en l'absence de stigmates ou d'antécédents familiaux; mais ils montrent de plus tout le parti que l'on peut tirer de la « réactivation biologique » pour rattacher à la syphilis des manifestations qui en semblent éloignées.

La réactivation nous a permis, en plusieurs circonstances, d'établir une relation entre certains cas d'épilepsie et la syphilis; grâce à elle, nous avons pu montrer le rôle de la syphilis dans l'étiologie de certaines maladies de cœur (obs. XIX), et nous avons pu rattacher à sa véritable cause des déformations rachitiques.

L'étiologie syphilitique possible de ces diverses manifestations est bien prouvée aujourd'hui par des observations cliniques; mais lorsqu'il est impossible par l'examen du malade, par les commémoratifs et par la réaction de Wassermann de rattacher ces dystrophies à leur véritable cause, la *réactivation biologique* est d'un grand secours. Certes, elle n'a pas

la certitude rigoureuse d'un examen clinique net, mais elle nous a donné des renseignements d'une réelle importance et sa recherche peut être utile quand le diagnostic est en suspens.

CHAPITRE VII

RÉACTIVATION BIOLOGIQUE

ET SYPHILIS DYSTROPHIQUE

Nous avons vu, au début de cette étude, que, d'après E. Fournier, deux ordres de stigmates concourent au diagnostic de l'hérédo-syphilis : les stigmates acquis, reliquats d'accidents antérieurs et les stigmates dystrophiques.

Si nous parcourons nos observations, nous trouvons bien souvent ces stigmates associés ; les leucomes, vestiges d'une kératite interstitielle de l'enfance coexistent fréquemment avec des altérations dentaires ou des malformations de la mâchoire supérieure et de la voûte palatine. Mais si les deux ordres de stigmates en question s'observent fréquemment en coïncidence, ils peuvent, de l'avis même de E. Fournier, rester indépendants et se présenter à l'observation d'une façon exclusive.

C'est ainsi qu'en l'absence absolue de tout stigmate syphilitique, nous avons constaté des stigmates dystrophiques : teint terreux, déformations du crâne et du palais, asymétrie faciale, infantilisme, épilepsie, etc.

Or, les stigmates dystrophiques impliquent-ils la syphilis chez le sujet qui les porte ? Peut-on considérer comme entachés de syphilis même latente un individu qui n'a aucun autre stigmaté ou antécédent de syphilis vraie ?

E. Fournier, étudiant la question, fait remarquer que très souvent les dystrophies ne font que préluder aux explosions de la syphilis vraie, mais que souvent aussi des sujets nés de parents syphilitiques et affectés de tels ou tels stigmates dystrophiques restent exempts de toute manifestation spécifique. « Il se peut certes, dit-il, que les sujets soient syphilitiques et ils le sont en effet fréquemment, mais il se peut aussi qu'ils ne le soient pas et les stigmates en question dénoncent donc seulement *une tare héréditaire*, sans attester que le sujet soit infecté de syphilis. » L'hérédité syphilitique, en effet, n'est pas la seule à déterminer les dystrophies en question ; l'infantilisme, l'aspect chétif ; le rétrécissement mitral peuvent être le fait de l'hérédité tuberculeuse, de même que la microcéphalie, l'asymétrie du crâne, les monstruosité peuvent être le fait de l'hérédité alcoolique.

Cependant, pour Fournier, la constatation chez un enfant, en l'absence de toute manifestation spécifique, des seuls stigmates dystrophiques est une indication formelle au traitement syphilitique. « C'est là une idée neuve », dit-il ; et il semble extraordinaire d'utiliser le traitement contre des manifestations d'ordre non spécifique ; mais c'est la

seule façon de prévenir les manifestations vraies.

Les constatations faites ces années-ci sur la présence du tréponème dans les lésions syphilitiques héréditaires précoces, son existence dans le sang et les produits d'excrétions montrent bien son rôle pathogénique ; on l'a trouvé dans le foie, la rate, les reins, le pancréas les poumons, etc., on a signalé sa présence dans les ovaires, les testicules, les os et la moelle osseuse ; et si le tréponème existe en abondance dans les viscères en apparence les plus lésés, on peut cependant le trouver en grande quantité en l'absence de lésions objectives. Il semble, d'après ces recherches, que la syphilis héréditaire soit plus une *maladie parasitaire* qu'une maladie toxique.

Or, il est très logique d'admettre la présence du tréponème chez les dystrophiques purs, aussi bien que chez les héréditaires qui ont hérité de la *syphilis en nature*. Du reste, il est impossible d'affirmer qu'un dystrophique pur ne présentera pas à brève échéance des lésions de syphilis vraie. Est-il nécessaire que le tréponème détermine des lésions pour pouvoir affirmer sa présence ? Ne peut-on pas admettre une syphilis latente chez les dystrophiques qui, jusqu'ici, sont restés exempts de toute manifestation spécifique ?

Nous avons rencontré dans nos observations des dystrophiques purs, dont la réaction de Wassermann primitivement négative a pu être réactivée (obs. VII, XI, XII, XIII, XVIII, XIX) ; si nous nous reportons à l'explication donnée de ce phénomène,

nous trouvons là un argument pressant en faveur de la présence de spirilles chez ces sujets.

La grande abondance de tréponèmes chez le nouveau-né syphilitique, même en l'absence de lésions objectives, l'association fréquente des deux ordres de stigmates, la délimitation difficile sinon impossible entre les stigmates vrais et les stigmates dystrophiques, enfin la « réactivation biologique » chez des dystrophiques purs, nous paraissent autant d'arguments pour admettre que ces sujets, eux aussi, ont hérité de la syphilis en nature.

CONCLUSIONS

I. — Lorsque, chez un syphilitique héréditaire, la réaction de Wassermann est négative, on peut la faire apparaître en pratiquant chez ce syphilitique un traitement spécifique.

II. — La réaction partielle ou totale, obtenue à l'aide du salvarsan, peut apparaître du quatrième au vingt-troisième jour après l'injection ; la succession des injections, et par suite la dose de médicament ne paraissent pas influencer la date d'apparition de la réaction.

III. — La « réactivation biologique » augmente considérablement la valeur sémiologique du Wassermann ; elle sert d'« épreuve de diagnostic » et, alors que la réaction de Wassermann est négative, elle peut permettre d'attribuer à la syphilis héréditaire des manifestations dont l'étiologie restait incertaine.

IV. — L'apparition de la réactivation biologique

chez les « dystrophiques » purs montre que ces malades ont hérité, eux aussi, comme les héréditaires porteurs de stigmates ou de lésions syphilitiques, de la syphilis « en nature ».

Vu : le Président de la thèse,

WIDAL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

BAR et DAUNAY. — Recherches sur le séro-diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte et l'enfant nouveau-né (l'Obstétrique, 1909, p. 1, 192, 260).

BAR. — Résultats fournis par le salvarsan à la clinique Tarnier (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1911, p. 199).

BERTIN et GAYET. — Syphilis héréditaire et réaction de Wassermann (Revue de Médecine, mai 1910, p. 395).

DAUNAY. — Réaction de Wassermann chez la femme enceinte (Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie, avril 1912, p. 320).

DELILLE (Armand). — Le Mécanisme de l'immunité. Anticorps, antigènes et déviation du complément (Monographies cliniques. Masson, édit).

DETRÉ. — L'Avenir des prématurés. Rapports avec la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1912.

DUFOUR et HUBER. — Syphilis et rachitisme (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 30 juin 1910).

FOURNIER (Edmond). — Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis.

GENNERICH. — Medicinische Klinik, novembre 1910.

HUTINEL. — Maladies des enfants, t. II.

JOLTRAIN. — Valeur sémiologique de la réaction de Wassermann (Paris médical, 4 mars 1911).

— Nouvelles méthodes de séro-diagnostic, 1911. Maloine, éditeur.

LETULLE et BERGERON. — Réaction de Wassermann et syphilis latentes au cours des cirrhoses et des

- néphrites chroniques (Presse médicale, 21 sept. 1912).
- MILIAN. — Réactivation biologique de la réaction de Wassermann (Bulletin de la Société de Dermatologie, décembre 1910, mars et juillet 1911. Paris médical, août 1911).
- MILIAN et GIRAULT. — Réactivation biologique de la réaction de Wassermann (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 29 décembre 1911).
- NICOLAS et CHARLET. — A propos de la réactivation de la réaction de Wassermann (Lyon médical, 30 juin 1912).
- PETGES. — A propos de la réactivation biologique de la réaction de Wassermann (Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, 11 fév. 1912).
- PRAT et BOISSEAU. — Syphilis héréditaire dystrophique de 2^e génération. Réaction de Wassermann positive (Bulletin de la Société de médecine de Nice, n^o 1, 1911).
- VOISIN. — Réactivation biologique par l'hectine (Paris médical, 23 mars 1912).
-

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris — 1773-12.
